

# 生理検査依頼書 兼 診療情報提供書

社会医療法人社団 健生会 立川相互病院

紹介元医療機関名

## 生理検査

住所:

TEL:

FAX:

予約日時

月 日 ( ) :

依頼医師名 :

印

患者ID					
フリガナ					
氏名		<input type="checkbox"/> 男	生年月日		
			大正		
		<input type="checkbox"/> 女	昭和		
			平成	年	月 日 歳
住所	〒		TEL	-	-

## お申し込み検査

### ◆超音波検査

- |                          |    |               |
|--------------------------|----|---------------|
| <input type="checkbox"/> | 10 | 腹部エコー         |
| <input type="checkbox"/> | 11 | 甲状腺エコー        |
| <input type="checkbox"/> | 12 | 乳腺エコー         |
| <input type="checkbox"/> | 13 | 頸動脈エコー        |
| <input type="checkbox"/> | 14 | 甲状腺エコー下穿刺     |
| <input type="checkbox"/> | 15 | 心エコー          |
| <input type="checkbox"/> | 16 | 下肢静脈エコー       |
| <input type="checkbox"/> | 17 | 下肢動脈エコー       |
| <input type="checkbox"/> | 18 | 腎動脈エコー        |
| <input type="checkbox"/> | 19 | 体表（皮膚）エコー     |
| <input type="checkbox"/> | 20 | 上肢血管（シャント）エコー |

### ◆心電図検査

- |                          |    |                   |
|--------------------------|----|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | 21 | ホルター型心電図          |
| <input type="checkbox"/> | 23 | トレッドミル心電図◎身長体重 必須 |

### ◆血圧脈波 ◎身長・体重 必須

- |                          |    |      |                                |                                |
|--------------------------|----|------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 24 | 血圧脈波 | <input type="checkbox"/> TBI追加 | <input type="checkbox"/> TBIなし |
|--------------------------|----|------|--------------------------------|--------------------------------|

### ◆脳波 ※脳波検査説明同意書 必須

- |                          |    |    |                             |                               |
|--------------------------|----|----|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 25 | 脳波 | <input type="checkbox"/> 覚醒 | <input type="checkbox"/> 覚醒睡眠 |
|--------------------------|----|----|-----------------------------|-------------------------------|
- △覚醒睡眠・・・使用薬剤指示 必須

### ◆呼吸機能検査 ◎身長・体重 必須

- |                          |    |                   |
|--------------------------|----|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | 26 | 簡易呼吸機能            |
| <input type="checkbox"/> | 27 | 精密呼吸機能            |
| <input type="checkbox"/> | 28 | 薬剤呼吸機能 △使用薬剤指示 必須 |

### ◆その他

- |                          |    |            |
|--------------------------|----|------------|
| <input type="checkbox"/> | 29 | 筋電図（医師枠）   |
| <input type="checkbox"/> | 30 | 運動知覚神経伝導速度 |
| <input type="checkbox"/> | 31 | 聴性脳幹反応     |
| <input type="checkbox"/> | 32 | 体性感覚誘発電位   |

※30・31・32は医師枠・技師枠両方予約可

確認事項 ※該当する口にチェックをお願いします。

脳波	<input type="checkbox"/> 説明・同意書作成済み	◎トレッドミル心電図・血圧脈波 ・呼吸機能検査	身長 cm	体重 kg
	使用薬剤 <input type="checkbox"/> トリクロールsy10% ( ) mL <input type="checkbox"/> ラボナ錠50mg ( ) 錠 <input type="checkbox"/> エスクレ坐剤「250」( ) 個 <input type="checkbox"/> エスクレ坐剤「500」( ) 個	筋電図 <input type="checkbox"/> 両上下肢（2時間） <input type="checkbox"/> 片上下肢（1時間）	<input type="checkbox"/> 両上肢吸入液1個 + インタール1管 <input type="checkbox"/> 両上肢吸入液1個 + 生食 ( ) ml	
全検査	<input type="checkbox"/> シャントあり注意（左・右）	甲状腺エコー	<input type="checkbox"/> 推定重量 ( ) g	

検査目的	<input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> スクリーニング <input type="checkbox"/> フォローアップ	病名	
臨床診断・ 症状・経過			